

Hypochondriasis and related factors in population of 20-50 years old in Gonabad city

Delshad Noghbi A.¹ *Msc*, Sanati S.Z.² *Bsc*, Hatamikia M.² *Bsc*, Mohammadi Sh.* *PhD*

*Department of Basic Sciences, Faculty of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran;
Neurogenic Inflammation Research Center, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

¹Social Development & Health Promotion Research Center, Department of Community and Mental Health Nursing,
Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

²Student Research Committee, Nursing and Midwifery School, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Abstract

Aims: Hypochondriasis is a kind of psychiatric disorder that refers to a person who, despite having physical health, always complains of pain. The present study investigated the prevalence of Hypochondriasis and its effective factors in population of 20-50 years old in Gonabad city.

Methods: This study was performed on 400 persons randomly selected from population of 20-50 years old in Gonabad city. Persons with a known previous psychiatric or medical disorder or defectiveness were excluded from the study. All the samples filled the demographic questionnaire and Evans hypochondriasis questionnaires including 36 items. Then, the data were analyzed using appropriate descriptive statistics and analytic tests such as independent t-test and ANOVA.

Results: In the present study, the prevalence of hypochondriasis among the populations of 20-50 years old was 39.2% at the borderline level and 28.8% at the disorder level. 28% of the cases with hypochondriac disorder showed mild symptoms while 8% had moderate symptoms. This disorder was significantly more prevalent in the age groups under 30 than that in other group ($P=0.01$). Hypochondriasis was significantly prevalent in people with divorce problems ($P=0.05$). However, there was no significant relationship between hypochondriasis and variables such as sex ($P=0.77$), education ($P=0.11$) and job ($P=0.08$).

Conclusion: The present study demonstrated a higher prevalence of hypochondriasis in population of 50-20 years old in Gonabad city compared to those on global statistics. Of course, it should be mentioned that a questionnaire was used for data collection. Therefore, it is recommended that, in future studies, its prevalence be investigated through diagnostic adaptation with mental examination.

Keywords: Hypochondriasis, Prevalence, Mental Health

خود بیمارانگاری و عوامل مؤثر با آن در جمعیت ۲۰-۵۰ ساله‌ی شهر گناباد

علی دلشاد نوقابی MSc

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، گروه پرستاری بهداشت جامعه و روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

سیده زری صنعتی BSc

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

مریم حاتمی کیا BSc

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

شبنم محمدی* PhD

گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران؛ عضو مرکز تحقیقات التهاب نروژنیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

اهداف: خود بیمارانگاری نوعی اختلال روانی است که به شخصی اطلاق می‌شود که با وجود برخورداری از سلامت بدنی خود را بیمار می‌داند و همواره از درد شکایت می‌کند. با توجه به اینکه تحقیقات اندکی در مورد این بیماری در ایران وجود دارد، مطالعه‌ی حاضر به تعیین میزان خود بیمارانگاری و عوامل مؤثر بر آن در جمعیت ۲۰-۵۰ ساله‌ی شهر گناباد پرداخته است.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر بر روی ۴۰۰ نفر از جمعیت ۲۰-۵۰ ساله‌ی شهر گناباد که به صورت سهمیه‌ای و با روش نمونه برداری تصادفی ساده از هر طبقه انتخاب شدند و بیماری شناخته شده‌ی روانی، مشکلات پزشکی و یا معلولیت نداشتند، انجام شد. افراد علاوه بر سؤالات دموگرافیک به پرسشنامه‌ی خود بیمارانگاری ۳۶ سؤالی ایوانز پاسخ دادند. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی، تی مستقل و آنالیز واریانس تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: در این مطالعه شیوع علائم خود بیمارانگاری در شهر گناباد ۲۸/۸٪ بود که در ۳۹/۲٪ شدت علائم در حد مرزی، در ۲۰/۸٪ اختلال با شدت کم و در ۸٪ شدت خود بیمارانگاری متوسط بود. اختلال به صورت معنی داری در گروه سنی زیر ۳۰ سال شایع‌تر بود ($p=0/01$). در افراد مجرد، خود بیمارانگاری به طور معنی داری افزایش داشت ($p<0/05$) ولی بین خود بیمارانگاری و جنس ($p=0/77$)، تحصیلات ($p=0/11$) و شغل ($p=0/08$) رابطه معنی داری مشاهده نشد. میانگین نمره خود بیمارانگاری در افراد با مشکل طلاق نسبت به سایر مشکلات بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: شیوع بالایی از خود بیمارانگاری در جمعیت مورد مطالعه نسبت به آمار مطالعات جهانی مشاهده شد. البته باید توجه داشت که در این مطالعه از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. لذا توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی شیوع از طریق مطابقت تشخیصی با معاینه روانی صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: خود بیمارانگاری، شیوع، سلامت روان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۰

*نویسنده مسئول: mohammadi.s@gmu.ac.ir

مقدمه

خود بیمارانگاری (هیپوکندریا) اختلالی روانی است که فرد با وجود برخورداری از سلامت بدنی، به وجود یک بیماری جدی در خود معتقد است. این باور اشتباه باید حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد تا بیماری تلقی شود. با وجودی که در معاینات بالینی و آزمایشگاهی کامل هیچ مشکل و بیماری مشاهده نمی‌شود فرد خود بیمارانگار به ابتلا به یک بیماری جدی معتقد است و به تشخیص پزشک مشکوک است [۱]. میزان شیوع این اختلال در پنجمین نسخه بازبینی شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV)، حدود ۲-۷٪ است [۱] که در زنان و مردان به طور یکسان وجود دارد [۲]. بالاترین میزان شیوع آن در افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله گزارش شده است [۳]. خود بیمارانگاری می‌تواند پس از بیماری جدی یا مرگ یکی از نزدیکان بیمار یا به دلیل یک بیماری جسمانی در کودکی شخص که بهبود یافته ولی شخص را در وضعیت هیپوکندریا باقی گذاشته، ایجاد گردد [۴]. علت دیگری که در مورد این اختلال مطرح است حساسیت بیش از حد بیمار به احساس‌های بدنی و آستانه تحمل پایین او نسبت به درد و ناراحتی جسمی است [۵]. در نهایت رویکرد روان‌پریشی از جمله دلایل دیگری است که مطرح می‌باشد و بر طبق آن رفتار پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران از طریق قسمت خاصی از بدن، به سمت خود بر می‌گردد [۶]. در یک مطالعه که در سال ۲۰۰۱ در کانادا توسط لویبر انجام شد شیوع خود بیمارانگاری در جمعیت عمومی کانادا بررسی گردید. مشخصاتی از قبیل ویژگی‌های اجتماعی، پزشکی، روانپزشکی، وضعیت سلامتی و ناتوانی افراد مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش شیوع خود بیمارانگاری در جمعیت عمومی کانادا ۲-۱٪ تخمین زده شد [۷]. در مطالعه دیگری بارسکی و همکاران شیوع خود بیمارانگاری را در ۱۳۶ بیمار بررسی کردند، شیوع خود بیمارانگاری بین ۶/۳ تا ۴/۲٪ تخمین زده شد که تا اندازه‌ای کمتر از میزان اختلال اضطراب عمومی بود و قابل مقایسه با اختلال سوء مصرف الکل بود. به علاوه میزان این اختلال در زن و مرد و افراد بالای ۶۵ سال و زیر ۶۵ سال نیز تفاوت معنی داری نداشت [۸]. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ توسط دکتر طلایی و همکاران انجام شد شیوع علائم خود بیمارانگاری در حد مرزی ۳۶/۸٪ و شیوع این اختلال در بین دانشجویان علوم پزشکی مشهد ۱۶٪ بود. این اختلال به طور چشمگیری در دانشجویان دختر شایع‌تر بود ولی با وضعیت تأهل رابطه‌ای نداشت [۹]. در مطالعه دیگری که توسط کجریستد و همکاران انجام شد تجویز نفازودن در درمان خود بیمارانگاری رضایت بخش گزارش شد [۱۰]. با توجه به اینکه تحقیقات اندکی در مورد این بیماری در ایران انجام شده است، در این مطالعه بر آن شدیم که به تعیین میزان شیوع و عوامل مؤثر بر خود بیمارانگاری در جمعیت ۲۰-۵۰ ساله شهر گناباد بپردازیم. شناخت عوامل مؤثر بر این اختلال دید بهتری در تشخیص

و درمان به موقع و مناسب آن فراهم می سازد و از پیامدهای فردی و اجتماعی این بیماری می کاهد.

روش ها

این مطالعه یک پژوهش تحلیلی- مقطعی بود. حجم نمونه ۴۰۰ نفر تعیین گردید. روش نمونه گیری به صورت سهمیه ای و با روش نمونه برداری تصادفی ساده از هر طبقه انتخاب شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ی خودبیمارانگاری ایوانز حاوی ۳۶ سؤال ۵ گزینه ای و در بعضی موارد ۲ گزینه ای با نمره ی بین ۰-۶۰ بود. نمره ی (۰-۲۰) نشان دهنده سلامت فرد، نمره (۲۱-۳۰) مرزی، نمره (۳۱-۴۰) خود بیمار انگاری خفیف، نمره (۴۱-۶۰) خود بیمار انگاری متوسط و نمره (بالای ۶۰) خود بیمار انگاری شدید را نشان می دهد [۱۱]. روایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوا و پایایی آن با محاسبه آلفا کرونباخ در پژوهش های قبل تأیید شده بود [۹].

نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که با مراجعه به درب منزل پرسشنامه ها در اختیار افراد ۵۰-۲۰ ساله قرار داده شد و با ارائه توضیحاتی پیرامون بدون نام بودن پرسشنامه ها، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات شخصی و توضیح اهداف طرح، آنها را با نحوه پاسخگویی آشنا کرده و با در اختیار قرار دادن فرصت کافی برای پاسخ گویی اقدام به جمع آوری پرسشنامه ها کردیم. در افرادی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند، سؤالات به صورت شفاهی پرسیده شد. معیارهای خروج از مطالعه سن بالای ۵۰ و زیر ۲۰ سال، معلولیت فرد یا وجود سابقه مشکلات پزشکی و فیزیکی بارز بود. داده ها وارد نرم افزار آماری SPSS 19 شده و با استفاده از آمار توصیفی شامل درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار، مشخصات دموگرافیک و متغیرها بررسی شد. سپس ارتباط نمره خود بیمار انگاری کسب شده از پرسشنامه ایوانز با مشکلات مذکور و ویژگی های دموگرافیک با استفاده از آزمون آنالیز واریانس و تی مستقل مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج

از ۴۰۰ فرد شرکت کننده در مطالعه، ۲۰۰ زن (۵۰٪) و ۲۰۰ مرد (۵۰٪) بودند. بیشترین فراوانی نمونه ها مربوط به گروه سنی زیر ۳۰ سال (۵۴/۲٪) و کم ترین آن ها در گروه سنی ۴۰ سال به بالا (۱۸٪) بود. بیشترین نمونه ها (۶۴٪) در گروه متأهل بودند. بیشترین تعداد دارای تحصیلات دانشگاهی (۴۷/۷٪) و کمترین تعداد فاقد سواد خواندن و نوشتن (۰/۸٪) بودند. بیشتر افراد دارای شغل آزاد (۲۵/۸٪) و کمترین تعداد روحانی (۰/۳٪) بودند (جدول ۱).

براساس نتایج این پژوهش، شیوع اختلال خود بیمار انگاری در جمعیت ۵۰-۲۰ ساله ی شهر گناباد، ۲۸/۸٪ به دست آمد. ۱۲۸ نفر (۳۲٪) طبیعی، ۱۵۷ نفر (۳۹/۲٪) مبتلا به خود بیمار انگاری مرزی، ۸۳ نفر (۲۰/۸٪) مبتلا به خود بیمار انگاری با شدت کم و ۳۲ نفر (۸٪) خود بیمار انگاری شدت متوسط داشتند. بر

طبق جدول ۲ میانگین نمره خود بیمار انگاری در گروه سنی زیر ۳۰ سال بیشتر از سایر گروهها است. آزمون کای اسکوتر تفاوت معنی داری بین میانگین نمره خود بیمار انگاری افراد به تفکیک گروه سنی نشان داد (p=۰/۰۱).

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می کنید میانگین نمره خود بیمار انگاری در زنان بیشتر از مردان است که آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری نشان نداد (p=۰/۷۷). به علاوه، تفاوت معنی داری بین میانگین نمره خود بیمار انگاری به تفکیک شغل مشاهده نشد (p=۰/۰۸۲). خود بیمار انگاری در افراد مجرد بیشتر از متأهل بود و آزمون ANOVA تفاوت معنی داری بین میانگین نمره خود بیمار انگاری به تفکیک وضعیت تأهل نشان داد (p<۰/۰۵). آنالیز آماری بین میانگین نمره خود بیمار انگاری به تفکیک تحصیلات ارتباطی را نشان نداد (p=۰/۱۱). بر طبق جدول ۳، بیشترین نمره خود بیمار انگاری مربوط به طلاق است.

جدول ۱) توزیع فراوانی نمونه های مورد مطالعه در پژوهش بر حسب ویژگیهای دموگرافیک

ویژگیهای دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس		
زن	۲۰۰	۵۰
مرد	۲۰۰	۵۰
سن		
زیر ۳۰ سال	۲۱۷	۵۴/۲
۳۰ تا ۴۰	۱۱۱	۲۷/۸
۴۰ به بالا	۷۲	۱۸
تأهل		
مجرد	۱۲۹	۳۰
متاهل	۲۶۵	۶۴
مطلقه یا همسر فوت کرده	۲۴	۶
شغل		
خانه دار	۷۶	۱۸/۹
کارمند	۱۰۰	۲۵
کارگر	۲۷	۶/۷
بازنشسته	۴	۱/۱
روحانی	۱	۰/۳
دانشجو	۷۱	۱۷/۸
آزاد	۱۰۳	۲۵/۸
نظامی	۱۱	۲/۸
بیکار	۷	۱/۷
بی سواد	۴	۰/۸
ابتدایی یا نهضت	۱۷	۴/۱۶
تحصیلات		
راهنمایی	۲۹	۷/۲
دیپلمات	۲۲	۵/۵
دیپلم	۱۳۷	۳۴/۴
دانشگاهی	۱۹۱	۴۷/۷

جدول ۲) درصد نمره خود بیمارانگاری افراد مورد پژوهش به تفکیک گروه‌های سنی

نتیجه آزمون	۴۱-۶۰		۳۱-۴۰		۲۱-۳۰		۱۱-۲۰		۱-۱۰		امتیاز گروه سنی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
df=۸ p=۰/۰۱	۹/۲۳	۲۰	۲۴/۱	۵۲	۴۱/۵۳	۹۰	۲۲/۰۵	۴۷	۳۰/۷	۷	زیر ۳۰ سال
	۷	۸	۱۹	۲۱	۴۱	۴۵	۲۸	۳۱	۵	۶	۳۰ تا ۴۰ سال
	۸/۲	۶	۱۵/۳۸	۱۲	۲۴/۶۱	۱۷	۴۰	۲۹	۱۲/۳۰	۹	۴۰ سال به بالا

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار نمره خود بیمارانگاری به تفکیک جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلات، شغل و مشکلات

نتیجه آزمون	نمره ی خود بیمارانگاری (میانگین ± انحراف معیار)	عوامل مؤثر
p = ۰/۷۷ t = ۱/۴۵۲	۲۶/۴۴ ± ۹/۷۱	زن
	۲۴/۵۷ ± ۹/۵۰	مرد
p = ۰/۰۵ F = ۸/۱۶۴	۲۷/۰۰ ± ۹/۴۶	مجرد
	۲۴/۹۰ ± ۹/۶۲	متاهل
p = ۰/۱۱ F = ۱/۷۸	۳۳/۵ ± ۹/۳۳	مطلقه یا همسر فوت کرده
	۱۷/۰۰ ± ۱۲/۲۸	بی سواد
	۲۱/۰۰ ± ۱۰/۸۳	ابتدایی
	۲۵/۱۵ ± ۱۰/۵۶	راهنمایی
	۲۹/۴۵ ± ۱۲/۵۱	دبیرستان
	۲۵/۳۸ ± ۸/۷۶	دیپلم
p = ۰/۰۸۲ F = ۱/۷۷	۲۵/۷۲ ± ۹/۴۸	دانشگاهی
	۲۶/۸۶ ± ۱۰/۲۲	خانه دار
	۲۳/۵۸ ± ۹/۷۸	کارمند
	۲۳/۲۵ ± ۸/۷۳	کارگر
	۳۱/۵ ± ۱۱/۲۱	بازنشسته
	۹ ± ۰/۰	روحانی
	۲۷/۲۳ ± ۹/۰۸	دانشجو
	۲۵/۲۷ ± ۹/۲	آزاد
p = ۰/۰۳ F = ۱۳/۹۳	۲۸/۵ ± ۸/۵۵	نظامی
	۲۷/۰۰ ± ۹/۶۴	بیکار
	۲۱/۲۸ ± ۱۰/۶۸	نازایی
	۱۹/۵ ± ۴/۹۴	داشتن کودک معلول
	۲۷/۵۴ ± ۹/۳۹	نداشتن همسر
	۲۴/۰۰ ± ۱۰/۱۴	معلولیت همسر
	۲۱/۵ ± ۱۳/۹۳	بیکاری نان آور خانوار
	۲۶/۵۰ ± ۹/۳۶	همسر آزاری
p = ۰/۰۳ F = ۱۳/۹۳	۲۵/۲۵ ± ۱۷/۶۵	دعوا و مشاجره با همسر
	۲۳/۸۷ ± ۱۰/۵۸	اعتیاد
	۲۱/۵۰ ± ۰/۷	قهر و ترک منزل
	۲۴/۶۱ ± ۹/۴۴	اجاره نشینی
	۲۶/۴۵ ± ۱۰/۳۷	وضعیت ضعیف اقتصادی
	۳۳/۵ ± ۷/۷۷	طلاق
	۲۴/۳۴ ± ۹/۰۳	بدون مشکل

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع اختلال خود بیمار انگاری در جمعیت ۵۰-۲۰ ساله ی شهر گناباد ۲۸/۸٪ است که از بین آنها ۱۵۷ نفر (۳۹/۲٪) مبتلا به خود بیمار انگاری مرزی، ۸۳ نفر (۲۰/۸٪) مبتلا به خود بیمار انگاری با شدت کم و ۳۲ نفر (۸٪) با شدت متوسط بودند. در مطالعه مشابهی که روی جمعیت خاصی با گوناگونی قومی در کانادا انجام شد شیوع اختلال خود بیمار انگاری را ۲-۱٪ تخمین زد [۷]. با توجه به اینکه در مطالعه ما از پرسشنامه به عنوان ابزار تفصیلی استفاده شده است، معمولاً به شیوع بالای اختلال / اختلالات روانی منجر می گردد. به علاوه ما شیوع را در جمعیت عمومی شهر گناباد بررسی کردیم در صورتیکه مطالعه کانادایی شیوع در جمعیت خاصی با تنوع قومی بررسی شده است.

همچنین از آن جایی که نمره خود بیمار انگاری در افراد محدوده سنی زیر ۳۰ سال بیشتر بود شاید بتوان گفت که احتمال ابتلا به این بیماری در افراد جوان بیش از سایر گروه های سنی است. از طرف دیگر ممکن است با باورها و عادات جامعه در مورد بزرگ نمایی علائم جسمی رابطه داشته باشد. به علاوه ممکن است چون افراد این گروه سنی حساسیت بیشتری نسبت به ظاهر خود دارند، نگرانی هایی که به دنبال این حساسیت ایجاد می شود بیشتر شده باشد. الینگسن و همکاران نیز بیشترین شیوع اختلال خود بیمار انگاری را در دهه سوم زندگی گزارش کردند [۴]. به طور متناقض در پژوهشی که توسط بارسکی و همکاران انجام شد بین خود بیمار انگاری و سن ارتباطی مشاهده نشد [۱۲].

در جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق ۲۰۰ زن و ۲۰۰ مرد شرکت داشتند که نسبت زن به مرد ۱ به ۱ بود و اختلال خود بیمار انگاری در زن و مرد تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/77$). به طور مشابه فینک و همکاران نیز شیوع این اختلال را در زن و مرد یکسان گزارش کردند [۱۳]. به طور متناقض، تلایبی و همکاران نیز در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۸ روی دانشجویان علوم پزشکی انجام دادند اختلال خود بیمار انگاری را در دختران شایع تر یافتند [۹].

طبق این پژوهش خود بیمار انگاری در افراد مجرد نسبت به افراد متأهل بیشتر است و این می تواند به دلیل حساس بودن و تأثیر پذیر بودن آنها نسبت به مشکلات شان باشد. ممکن است مجرد بودن عاملی مستعد کننده برای ابتلا به خود بیمار انگاری باشد. همچنین شاید به این دلیل که افراد مجرد کم تر در گیر مسائل خانوادگی هستند و وقت بیشتری برای خود و ظاهرشان صرف می کنند، می تواند دلیلی برای این امر باشد. در مطالعه تلایبی و همکاران نیز اگر چه شیوع اختلال خود بیمار انگاری در افراد مجرد بیشتر بود ولی این تفاوت از نظر آماری بارز نبود.

در بررسی بروز ارتباط اختلال خود بیمار انگاری با توجه به میزان تحصیلات، تفاوت معنی دار وجود نداشت. بیشترین میزان نمره خود بیمار انگاری در گروه دارای تحصیلات

دبیرستان و کمترین آن ها در گروه فاقد سواد خواندن و نوشتن قرار داشتند. در مطالعه تلایبی و همکاران، در بررسی شیوع اختلال خود بیمار انگاری بر حسب تحصیلات ارتباط معنی دار وجود داشت به طوری که و فراوانی اختلال در سطح کاردانی که پایین ترین سطح تحصیلی دانشجویان مورد مطالعه بود، به طور بارزی بیشتر بود. این بیماری در سطوح کارشناسی و کاردانی به طور چشمگیری بیشتر از دانشجویان پزشکی مقطع علوم پایه، فیزیوپاتولوژی و اترنی بود [۹].

بیشترین میانگین نمره خود بیمار انگاری در دسته ی بازنشسته و کمترین میانگین نمره مربوط به شغل روحانی بود. در برخی مقالات شیوع شغلی این بیماری گزارش شده است و در افراد با اطلاعات پزشکی تا حدود ۷۰٪ می رسد [۱۴].

بیشترین نمره ی خود بیمار انگاری در افراد با مشکل بیکاری و طلاق بود که در مورد بیکاری می توان گفت که افراد دارای این مشکل به علت تنش هایی که در زمینه ی مشکلات اقتصادی برایشان ایجاد می شود بیشتر در معرض بیماری های روانی قرار دارند. در پژوهشی که توسط مورفی و همکاران انجام شد مشخص گردید که بین بیکاری و شمار افرادی که برای نخستین بار به دلیل مشکلات روانی خود مراجعه می کنند، رابطه وجود دارد. به علاوه با افزایش میزان بیکاری بر تعداد بستری شدگان بیمارستان های روانپزشکی افزوده می شود [۱۵]. در مورد افراد مطلقه نیز می توان گفت که طلاق می تواند زمینه ساز برخی بیماری های روانی از جمله خود بیمار انگاری باشد یا بالعکس، بیماری روانی می تواند یکی از علل طلاق باشد. در مطالعه بولهری و همکاران نیز مشخص شد که بیشترین علت طلاق مربوط به مشکلات روانی فرد بوده است [۱۶]. برسکو نیز نشان داد که میزان اختلالات روانی با طلاق افزایش می یابد [۱۷].

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت سلامت روانی در جامعه و اثرات مخرب ناشی از تأثیر اختلالات روانی و به ویژه اختلالات جسمانی و به طور خاص در افراد جوان، توصیه می شود که پژوهش هایی در ابعاد گسترده تر و در قشرها و مشاغل تأثیرگذار بر سلامت روان انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی: این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گناباد است که بدینوسیله از مساعدتهای بعمل آمده، تشکر می گردد.

منابع

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

- Scientific J Ilam Univ Med Sci. 2009; 17 (1):1-17. [persian].
- 10- Kjernisted KD, Enns MW, Lander M. An open-label clinical trial of nefazodone in hypochondriasis. *Psychosomatics*. 2002;43(4):290-94.
- 11-Evans, Christopher. *Understanding yourself; Upgraded Edition*. New york city: Signet Publications;1980:87.
- 12- Barsky AJ, Frank CB, Cleary PD, Wyshak G, Klerman GL. The relation between hypochondriasis and age. *Am J Psychiatry*. 1991;148(7):923-28.
- 13- Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frosthalm L, Olesen F. A New, Empirically Established Hypochondriasis Diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2004;161(9):1680-91.
- 14- Moss Morris R, Petrie KJ. Redefining medical students' disease to reduce morbidity. *Med Educ*. 2001; 35(8):724-28.
- 15- Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *J Occupa Organiz Psycholo*. 1999; 72 (1):83-99.
- 16- Bolhari J, RamezanZadeh F, Abedinina N, Naghizadeh MM, Pahlavani H, Saberi M. The Survey of Divorce Incidence in Divorce Applicants in Tehran. *J Famil Reproduct Health*. 2012;6(3):129-37.
- 17- Briscoe CW, Smith JB, Robins E, Marten S, Gaskin F. Divorce and Psychiatric Disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1973;29(1):119-25.
- 2- Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res*. 2004;56(4):391-408.
- 3- Barsky AJ, Frank CB, Cleary PD, Wyshak G, Klerman GL. The relation between hypochondriasis and age. *Am J Psychiatry* 1991;148(7):923-28.
- 4- Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Disease anxiety among medical students and law students. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002;122(8):785-87.
- 5- Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):127-39.
- 6- Delahousse J, Hitter-Spinelli B, Pedinielli JL. What does the painful «organ» represent in hypochondriasis? *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr*. 1982;131(1):41-54.
- 7- Looper KJ, Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. *Psychol Med*. 2001;31(4):577-84.
- 8- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL, Latham KS. The prevalence of hypochondriasis in medical outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990; 25(2):89-94.
- 9- Talaei A, Fayyazi Bordbar MR, Nasiraei A, Samari AA, Mirshojaeian M, Rezaei Ardani A. Hypochondriasis in Resident Students of Mashhad University of Medical Sciences.